

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE SUL TRATTAMENTO LASER ND-YAG 1064nm NON ABLATIVO (LASERGENESIS)

La presente informativa serve a supportare il medico nella spiegazione al proprio paziente su che cosa consista il trattamento con LaserGenesis, quali risultati si possano ottenere e quali rischi siano associati al trattamento. Prima di iniziare il trattamento il paziente deve essere messo a conoscenza a cura del medico di tutte le informazioni necessarie per una scelta libera, volontaria e consapevole. A sua volta il paziente dovrà rispondere a tutte le domande che il medico riterrà necessarie per scegliere il percorso terapeutico più idoneo ed adeguato. In ogni caso, il medico dichiara di essere a disposizione per ogni eventuale richiesta aggiuntiva del paziente.

Cosa è il LaserGenesis?

E' un laser Nd- Yag 1064 nm non ablativo.

Come agisce

Il Laser Genesis, è un dispositivo medico che attraverso il riscaldamento controllato dello strato superficiale del derma, penetra in profondità ed è capace di stimolare la produzione di nuove fibre collagene, elastiche e fibroblasti, determinando un importante miglioramento della trama cutanea, senza dolore. Inoltre, il calore raggiunge i capillari dilatati riducendo il rossore. Si può fare anche sulla pelle *lievemente* abbronzata.

Quanto tempo dura l'effetto

Sedute multiple con intervallo di 2 settimane l'una dall'altra. In media sono necessarie 5/6 sedute per ottenere dei risultati ampiamente soddisfacenti. Tuttavia, nei casi più difficili, possono essere consigliate anche 10 sedute con intervallo di due settimane. La maggior parte dei pazienti iniziano a vedere i risultati 3-6 settimane dopo il primo trattamento. Questo intervallo è dovuto al tempo di rigenerazione cellulare delle cellule del derma, fibroblasti, fibre collagene ed elastiche. È tuttavia possibile vedere i primi miglioramenti dopo i primi due trattamenti. Dopo 4 o 6 trattamenti Laser Genesis riconferisce alla pelle una apparenza e lucentezza giovanile attraverso il miglioramento della texture cutanea danneggiata da età e scottature solari. Vedrai una carnagione più compatta con pori ridotti e minori imperfezioni. Il trattamento singolo mostra subito risultati ma il ciclo completo può portare a miglioramenti più duraturi.

Quali zone possono essere trattate e con quali risultati?

Può essere trattato tutto il viso, il collo ed il décolleté con l'obiettivo di:

- rimuovere rughe sottili - ringiovanisce ripristinando nuovo collagene
- stringere i pori dilatati
- ridurre il rossore del viso (*rosacea*).

Non è possibile trattare le palpebre e la zona più vicina agli occhi.

Non è possibile trattare zone con tatuaggi o trucco permanente.

Posso essere trattate cicatrici/ cheloidi (più sedute) per ottenere un loro miglioramento.

Esistono controindicazioni al trattamento?

- Gravidanza o allattamento in corso
- Precedenti lesioni maligne della pelle o terapie per cancro della pelle.
- Vitiligine e altre malattie immunitarie della pelle.
- Terapia con isotretinoina o tetracicline
- Herpes (in caso è necessario eseguire una profilassi antivirale prima del trattamento)
- Ferite aperte
- Altre lesioni cutanee sospette (es.melanoma) Trattare solo su lesioni benigne conosciute

- Non trattare su nevi displastici o lesioni pigmentate discutibili
- Trucco permanente o tatuaggi.

Come si svolge la seduta?

PRIMA

- Rimozione del trucco (se si tratta una zona irsuta, occorre radersi)
- Indossare occhiali protettivi

Anestetico non necessario.

DURANTE:

Si avverte una sensazione di calore gradevole. Dura circa 30 minuti (dipende da quante aree si trattano)

DOPO:

- Rossore e lieve gonfiore per qualche ora.
- Si raccomanda di fare uso della protezione solare
- Evitare esposizione a fonti di calore dirette (sauna, bagno turco ecc per 48 ore)
- Evitare prodotti irritanti la pelle (tretinoina, retinolo, perossido di benzoile, acidi glicolici / salicilici, astringenti, ecc)
- È possibile applicare il trucco
- È possibile riprendere la normale attività quotidiana.

Si possono avere effetti indesiderati?

- Discomfort - Durante il trattamento può manifestarsi una leggera sensazione di riscaldamento.
- È comune e può verificarsi arrossamento a breve termine (eritema) o gonfiore (edema) dell'area trattata. Ci possono anche essere dei lividi (molto raro).
- Cambiamenti di colore della pelle - Durante il processo di guarigione, esiste la possibilità che l'area trattata possa diventare di colore più chiaro (ipopigmentazione) o più scuro (iperpigmentazione) rispetto alla pelle circostante. Questo di solito è temporaneo, ma, in rare occasioni, può essere permanente.
- Il trattamento può provocare prurito e / o pelle secca.
- Rash Rosso / foruncolosi - Dopo il trattamento possono comparire rash / foruncoli rossi. Questo si risolve nel breve tempo.
- Il trattamento può riattivare Herpes Simplex labiale. Avvisate il medico se siete soggetti a rischio Herpes.
- Ferite (raro): il trattamento può provocare bruciore, formazione di vesciche o sanguinamento delle aree trattate. Se si verifica uno di questi, si prega di chiamare il nostro ufficio.
- Infezione (raro) - L'infezione è una possibilità ogni volta che la superficie della pelle viene interrotta, sebbene una cura adeguata della ferita dovrebbe impedirlo. Se si sviluppano segni di infezione, come dolore, calore o arrossamento circostante, si prega di chiamare il nostro ufficio.
- Le cicatrici sono un evento raro, ma è una possibilità se la superficie della pelle è danneggiata. Per ridurre al minimo le possibilità di cicatrici, è importante seguire tutte le istruzioni post-trattamento fornite dal personale sanitario.
- Esposizione solare / letti abbronzanti / abbronzatura artificiale - Può aumentare il rischio di effetti collaterali ed eventi avversi.

- Esposizione occhi - Durante il trattamento verranno forniti occhiali protettivi (schermi). Il mancato uso di protezioni per gli occhi durante l'intero trattamento può causare gravi e permanenti danni agli occhi.

Cosa bisogna fare dopo il trattamento?

- Nessuna abbronzatura o autoabbronzatura 4 settimane prima del trattamento (spray abbronzanti, lozioni abbronzanti, lettini abbronzanti, esposizione al sole, ecc.)
- Evitare trattamenti che possono irritare la pelle per 1-2 settimane prima del trattamento (ceretta, depilatori, scrubs ecc.)
- Avvisa il medico di eventuali cambiamenti alla tua storia sanitaria o di farmaci assunti
- La storia di herpes o herpes labiale può richiedere una prescrizione antivirale prima del trattamento

Procedure alternative e finalità del trattamento

Il Medico le illustrerà le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici. La qualità degli esiti clinici del trattamento non sono valutabili a priori, e non possono essere fornite garanzie precise circa il risultato ottenibile con questo trattamento, in quanto la risposta e le condizioni individuali possono essere essenziali nel determinarne la risposta clinica del paziente trattato.

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO RELATIVO AL TRATTAMENTO CON LASERGENESIS

Nel rapporto tra medico e paziente è necessario ed eticamente corretto che quest'ultimo assuma un ruolo consapevole e partecipativo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente il paziente intenda sottoporsi come previsto anche dagli articoli 33, 34, 35, 36 e 37 del Codice di Deontologia Medica.

Per questo motivo il paziente viene informato in modo comprensibile sulla sua problematica e/o patologia, vengono illustrati i possibili trattamenti e la motivazione della scelta di quello/i che si ritiene/ritengono essere il/i più idoneo/i per raggiungere l'esito clinico atteso.

È importante pertanto che le spiegazioni sintetizzate nella informativa sul trattamento con lasergenesi - ampiamente illustrate dal medico - siano state ben comprese e ritenute esaurienti dal paziente.

A tal fine io sottoscritto/anato/a ila.....,
residente in, Via, cap.....,
codice fiscale.....

CONFERMO

che la Dott.ssa Giulia Boscaini, ha fornito informazioni sufficienti per farmi capire l'utilizzo del trattamento con LASERGENESIS sopra illustrato consentendomi di poter prendere una decisione libera, responsabile e informata; mi ha dato l'opportunità di rivolgere ogni domanda da me ritenuta utile relativamente al trattamento proposto e sono soddisfatto/a delle risposte ottenute; mi ha lasciato il tempo di pensare al trattamento sopra descritto; mi ha informato/a che in caso di ulteriori domande e/o chiarimenti da me ritenuti necessari sarà a mia disposizione e che ulteriori informazioni aggiuntive sono disponibili sul foglio informativo del farmaco. Il medico non mi ha costretto a questo trattamento e sono a conoscenza di potere cambiare idea in qualsiasi momento prima di iniziare il trattamento stesso.

CONFERMO

che la Dott.ssa Giulia Boscaini al fine di consentirmi una volontaria, libera e consapevole decisione in merito al trattamento con LASERGENESIS – mi ha fornito ampie, complete ed esaurienti spiegazioni su quanto illustrato all'interno di questa informativa con particolare riferimento al protocollo terapeutico, alla mia situazione clinica e connessa diagnosi, alle possibilità terapeutiche, ai benefici, ai limiti, alle alternative, alle indicazioni, alle controindicazioni, agli eventuali effetti collaterali, alle indicazioni e procedure che dovrò seguire pre e post trattamento per il raggiungimento del risultato auspicabile, le complicanze e gli esiti, nonché sulla periodicità e ripetitività del trattamento stesso consapevole dell'importanza di aver risposto in modo accurato e sincero alle domande rivoltemi dal medico sul mio stato di salute, eventuali allergie, sensibilità ed eccipienti, farmaci assunti nel periodo recente od in corso di assunzione, nonché di precedenti terapie o trattamenti medici o di altra natura effettuati nel distretto muscolare e nelle aree adiacenti alla zona di trattamento nonché di avere risposto in modo accurato e sincero alle domande rivoltemi dal medico.

DICHIARO

di non avere altri quesiti o dubbi relativi al trattamento e di essere soddisfatto/a delle risposte ricevute dal medico il quale mi consegna la copia di questa informativa unitamente al consenso informato ed al foglio informativo del trattamento. Dichiaro anche che provvederò a contattare il medico tempestivamente nel caso uno o più controindicazioni e/o effetti collaterali dovessero verificarsi successivamente al trattamento.

PROCEDURE ALTERNATIVE E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono conscio/a di averli ben compresi e di optare per questo trattamento. Sono consapevole che la qualità degli esiti non è valutabile a priori, e che non mi sono state fornite garanzie precise circa il risultato che otterrò con questo trattamento, in quanto la risposta e le condizioni individuali possono essere essenziali nel determinarne l'esito del trattamento. Capisco che questa procedura ha lo scopo di ottenere una pelle dall'aspetto sano e luminoso. Capisco che sono necessari più trattamenti ed è possibile che il risultato sia minimo o non aiuti affatto.

Letto quanto sopra, ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti, avendo avuto modo di valutare rischi e benefici del trattamento oggetto dell'informativa ricevuta,

ACCONSENTO

La Dott.ssa Giulia Boscaini, Specialista in Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, iscritta all'Ordine dei Medici di Modena al numero 6390, ad effettuare la procedura medica di trattamento con LASERGENESIS.

Il trattamento verrà effettuato con Laser NdYag 1064 nm Cutera e dichiaro nello specifico di essere stato informato delle specifiche indicazioni, controindicazioni effetti collaterali di questo specifico trattamento

Le zone da trattare, concordate tra me ed il medico, sono le seguenti:

- Viso
- Collo
- Decollete
- Cicatrici
- Smagliature
- Onicomicosi

DICHIARO

Di aver palesato senza riserve il mio stato di salute, onde permettere al medico di valutare eventuali contro-indicazioni o allergie o incidenze specifiche di complicanze e effetti collaterali.

Data,

Luogo,

Firma autografa del/della paziente.....

Firma autografa del medico